

平成 29 年度「患者のための薬局ビジョン推進事業」
「薬剤師のおためし訪問」実施報告書
(薬局・薬剤師⇒主治医・紹介者（在宅医療関係者）)

提出日：平成 年 月 日

主治医 先生

紹介者 様

(薬局記入欄)

患者 No. _____

【患者様情報】

患者氏名		男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
住 所			電話番号	

【薬剤師による服薬指導・患者生活状況確認内容等】

訪問日		訪問薬剤師氏名	
-----	--	---------	--

※確認した項目にチェック

☐ 1.服薬状況	☐ 13.ADL
☐ 2.嚥下機能の状況	☐ 14.QOL
☐ 3.管理・保管状況	☐ 15.食欲
☐ 4.残薬	☐ 16.食事量・回数
☐ 5.副作用	☐ 17.排泄
☐ 6.薬効説明	☐ 18.睡眠
☐ 7.効果	☐ 19.ふらつき、転倒
☐ 8.理解度	☐ 20.認知症
☐ 9.他科受診	☐ 21.糖尿病
☐ 10.併用薬	☐ 22.痛み
☐ 11.健康食品・サプリメント	☐ 23.うつ
☐ 12.相互作用	☐ 24.その他

※訪問時に実施した具体的内容

薬 局 名：

TEL：

FAX：

薬局住所：

担当薬剤師名：

印